



Formulaire de demande d'appareil de démonstration

Informations d'expédition

Client

N° TVA

Adresse de facturation

Ville

Code postal

Adresse d'envoi (si différente de l'adresse de facturation)

Ville

Code postal

Téléphone

Courriel

De (date)

à (date)

ID du bon de commande (PO)

Note

Raison de la demande :

- Essai avec patient (destiné à un patient spécifique ; à réaliser en atelier d'orthopédie et/ou à domicile, au choix du Client)
- Démo (activité de démonstration de l'appareil réalisée par le Client)

Côté appareil Adam's Hand® (taille moyenne - 7-¾") :

Type de poignet :

- Droite
- Gauche
- Première disponibilité
- Quick disconnect wrist
- Short wrist

Couleur* Gant Adam's Skin :

- Blanc
- Noir
- Première disponibilité

**Il n'est pas possible de garantir que le gant de la couleur choisie sera fourni. Les gants couleur peau ne sont pas disponibles pour les essais sur patients et les démonstrations.*

Accessoires requis :

- Kit de stratification de poignet pour Quick Disconnect Wrist, taille (45 mm o 50 mm) : _____
- Kit de stratification de poignet pour Short Wrist, taille 45 mm : _____
- Wave Electrode Pack, notch (50 Hz o 60 Hz) : _____, câble (30 o 60 cm) : _____, n. _____
- ThunderCell Battery® Pack, couleur** (blanc, noir, beige) : _____, câble (20 o 60 cm) : _____
- Myo Unit, n. _____
- Demo Unit, n. _____

***Il n'est pas garanti que la batterie de la couleur choisie sera fournie. La couleur du réceptacle sera la même que celle de la batterie.*



Attention : la disponibilité des appareils de démonstration ne peut pas toujours être garantie.

Pour **plus d'informations à ce sujet ou si vous avez besoin d'aide pour réaliser des activités de démonstration ou pour mettre en place des essais de nos appareils auprès de vos patients**, contactez-nous :

- En envoyant un courriel à : sales@bionitlabs.com
- En appelant les numéros : +39 0836 1946903 ou +39 347 938 1208.

Conditions de prestation du service

Pour obtenir un appareil de démonstration, veuillez remplir ce formulaire de demande, après avoir lu les conditions ci-dessous, et l'envoyer à sales@bionitlabs.com.

BionIT Labs s'engage à vous envoyer la confirmation de commande et, après acceptation, à expédier l'appareil à la date de début demandée. Si cela n'est pas possible, nous vous contacterons pour convenir d'une autre date.

La date de retour de l'appareil est la date à laquelle l'appareil est livré au siège de BionIT Labs situé dans **Via Cracovia 1, Soletto (Le), 73010**.

Une fois l'envoi effectué, vous devez envoyer un courriel à sales@bionitlabs.com indiquant :

- Le jour de l'expédition ;
- Numéro de suivi de l'expédition ;
- Courrier utilisé.

Si, après le résultat de l'essai, le patient a l'intention d'acheter Adam's Hand®, l'appareil de démonstration doit dans tous les cas être retourné et la commande du dispositif médical pour le patient doit être passée.

Jusqu'à la date de retour de l'appareil, le Client qui demande l'appareil est responsable des dommages, réparations, vol ou perte de l'appareil et de ses accessoires, comme mieux précisé dans les Conditions de Garantie ci-jointes.

Conditions du test de démonstration :

1. Les frais d'expédition et de retour de l'appareil à la date indiquée ci-dessus sont à la charge du Client.
2. La période d'essai commence le _____ et se termine le _____, avec la livraison des appareils à BionIT Labs. À la demande du Client, une prolongation des délais pourra être accordée.
3. Les appareils doivent être retournés en excellent état, accompagnés de la documentation et des accessoires originaux et enfermés dans le(s) emballage(s) d'origine. Les pièces manquantes, les dommages et les altérations y afférents seront facturés au coût indiqué.
4. Le prix indiqué dans ce document ne doit être payé qu'en cas de non-retour de la marchandise à l'expiration de la période d'essai convenue. Dans ce cas, la marchandise expédiée sera considérée comme en consignation et BionIT Labs procédera à la facturation selon les conditions indiquées dans cette confirmation de commande.



SECTION PAR BIONIT LABS® - NE REMPLISSEZ PAS !

Formulaire reçu et vérifié par : <i>(Nom, Prénom, Fonction)</i>	
Date de réception :	

Approuvé par : <i>(Nom, Prénom, Fonction)</i>	
Date :	

Référence du devis :	
Date du devis :	